



## TERMO DE REFERÊNCIA

### I. DO OBJETO

Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para a paciente residente no município de Três Passos/RS, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

### II. MEMORIAL DESCRITIVO

#### ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

| TIPO                           | PROCEDIMENTO                                                                             | PERIODICIDADE                        |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Técnico/Auxiliar de Enfermagem | Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem                               | 24 horas diárias, 7 dias por semana. |
| Enfermeira                     | Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem. | 1 atendimento semanal                |
| Fisioterapeuta                 | Sessões de fisioterapia respiratória e motora.                                           | 1 sessão ao dia / 05 dias na semana  |
| Fonoaudióloga                  | Atendimento fonoaudiológico.                                                             | 4 atendimentos semanais              |
| Nutricionista                  | Acompanhamento nutricional                                                               | 1 atendimento mensal                 |

#### INSUMOS

| TIPO                                                            | QUANTIDADE MENSAL        |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Frasco para dieta                                               | 30 unidades              |
| Equipo para dieta                                               | 30 unidades              |
| Sonda de aspiração nº 8                                         | 300 unidades             |
| Sonda de gastrostomia nº 14                                     | 0,17 (1 a cada 6 meses)  |
| Válvula Fonatória passy Musi Roxa                               | 0,125 (1 a cada 8 meses) |
| Sondas Uretrais nº 08                                           | 400 unidades             |
| Pomada Nistatina + óxido de Zinco                               | 02 unidades              |
| Lenço Umedecido                                                 | 400 unidades             |
| Soro Fisiológico 0,9%                                           | 01 litro                 |
| Gaze estéril 7,5 X 7,5 estéril, 13 fios, pacote com 10 unidades | 10 pacotes               |
| Rolos de Fita Micropore cor branca                              | 03 unidades              |
| Compressas esterilizadas de dimensões de 15,0cm                 | 40 unidades              |
| Lenço multiuso com 100 unidades                                 | 08 pacotes               |



### 3. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratada deverá:

- 3.1. Realizar os atendimentos contratados, conforme memorial descritivo nos termos acima definidos;
- 3.2. Apresentar, mensalmente, prontuário do paciente, em ordem cronológica, com o registro de todos os atendimentos e atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente.
  - 3.2.1. A apresentação poderá ser encaminhada via correspondência Física (Carta AR) ou correspondência eletrônica (e-mail), desde que nela constem todas as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.
  - 3.2.2. A evolução de todos os atendimentos prestados, mesmo que por membros diferentes da equipe de atendimento de determinado serviço, deverá constar no mesmo prontuário.
  - 3.2.3. O prontuário do paciente deverá observar as orientações encartadas nas Resoluções CFM 1605/2000, CFM 1638/2002, CFM 1639/2002 e COFEN 429/2012;
  - 3.2.4. O prontuário do paciente deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo (s) profissional (is) responsável(is);
- 3.3. Apresentar, mensalmente, escala dos profissionais que prestaram atendimentos ao paciente, devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo responsável técnico;
- 3.4. O prontuário do paciente, assim como a escala dos profissionais, se manuscritos, deverão conter letra legível, sem rasuras, devidamente assinados, conforme exposto nos itens 3.2.4 e 3.3.
- 3.5. Os documentos descritos nos itens 3.2 e 3.3 devem ser entregues mensalmente com a Nota fiscal (NF) para pagamento, nos termos descritos no contrato, referentes aos atendimentos realizados.

Beneficiário ao atendimento domiciliar: V.R.V.B., residente no município de Três Passos/RS.

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





23200001077692

**Nome do documento:** Termo de Referencia V R V B versao final janeiro de 2024.pdf

**Documento assinado por**

**Órgão/Grupo/Matrícula**

**Data**

Ana Carolina Kraemer

SES / DRE-NAJUR / 3529762

29/01/2024 15:02:43

